



Esta publicación **oficial** del gobierno contiene información importante sobre:

- Cómo apelar una decisión si usted está inscrito en el Medicare Original
- Cómo apelar una decisión si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) o en otro plan de salud de Medicare
- Cómo apelar si tiene la cobertura de Medicare de las recetas médicas
- Dónde obtener respuesta a sus preguntas



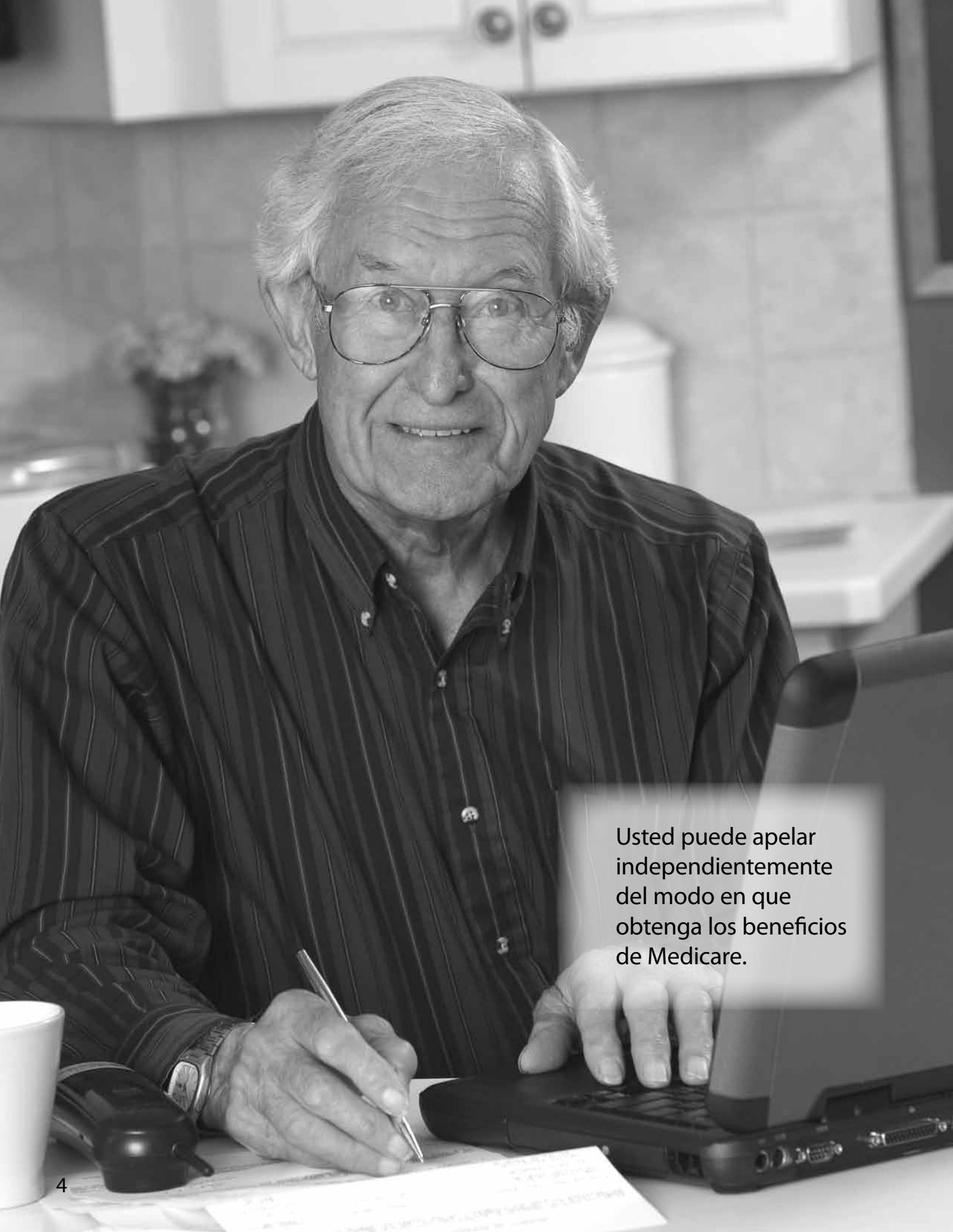
La información en esta publicación era correcta al momento de su impresión. Tal vez se hayan realizado cambios posteriormente. Para obtener la información actualizada, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visite www.medicare.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

“Las apelaciones a Medicare” no es un documento legal. Las normas oficiales del Programa Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

Contenido

Sección 1: Lo básico de Medicare	5
Sección 2: ¿Qué es una apelación?	7
¿Puede alguien apelar por mí?	7
Sección 3: ¿Cómo puedo apelar si estoy inscrito en el Medicare Original?	9
¿En qué consiste el proceso de apelación?	10
¿Cómo obtengo una apelación acelerada en un hospital?	17
¿Cómo obtengo una apelación acelerada en otro centro que no sea un hospital?	19
¿Qué es un “Preaviso al beneficiario de no cobertura”?	21
Sección 4: ¿Cómo puedo apelar si estoy inscrito en un plan Medicare Advantage o en otro plan de salud de Medicare?	25
¿En qué consiste el proceso de apelación?	26
¿Cómo obtengo una apelación acelerada en un hospital?	32
¿Cómo obtengo una apelación acelerada en otro centro que no sea un hospital?	34
¿Cómo presento una queja?	36
Sección 5: Las apelaciones si tiene la cobertura de Medicare de las recetas médicas	39
¿Qué puedo hacer si mi plan no cubre un medicamento y yo pienso que debería hacerlo?	39
¿En qué consiste el proceso de apelación?	42
¿Cómo presento una queja?	48
Sección 6: Definiciones	51

Nota: Las palabras en color rojo se describen en la sección de “Definiciones” en las páginas 51–54.



Usted puede apelar
independientemente
del modo en que
obtenga los beneficios
de Medicare.

Sección 1: Lo básico de Medicare

Con **Medicare**, usted puede escoger el modo en que recibe los beneficios médicos y la cobertura de sus recetas médicas. Por ejemplo, usted puede estar inscrito en el **Medicare Original** y un **plan Medicare de medicamentos recetados**. O un plan **Medicare Advantage** (como un HMO o PPO) que incluya la cobertura de las recetas médicas.

Según la zona en la que viva, usted podría obtener los beneficios de Medicare de una o varias maneras.

El Medicare Original

- Administrado por el gobierno federal
- Le brinda la cobertura de la **Parte A (seguro de hospital)** y de la **Parte B (seguro médico)**.
- Usted puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados para agregar esta cobertura.
- Usted puede comprar una **póliza Medigap** (seguro suplementario a Medicare) vendido por una compañía privada para cubrir lo que las Partes A y B no cubren.

Los Planes Medicare Advantage (como los HMO o PPO)

- Administrados por compañías privadas aprobadas por Medicare.
- Brindan los servicios cubiertos por las Partes A y B pero pueden cobrarle precios diferentes por ciertos servicios.
- Puede ofrecer servicios adicionales (como dentales, de la vista y de salud y bienestar) y la cobertura de las recetas médicas por un costo extra. Los precios de las **primas**, **coseguro** y **copagos** varían según el plan.
- En la mayoría de los casos, si desea la cobertura de los medicamentos recetados, la debe obtener a través del plan. A veces se le conoce como plan Medicare Advantage de medicamentos recetados (MA-PD).
- Si está inscrito en un plan Medicare Advantage no necesita ni puede usar una póliza Medigap.

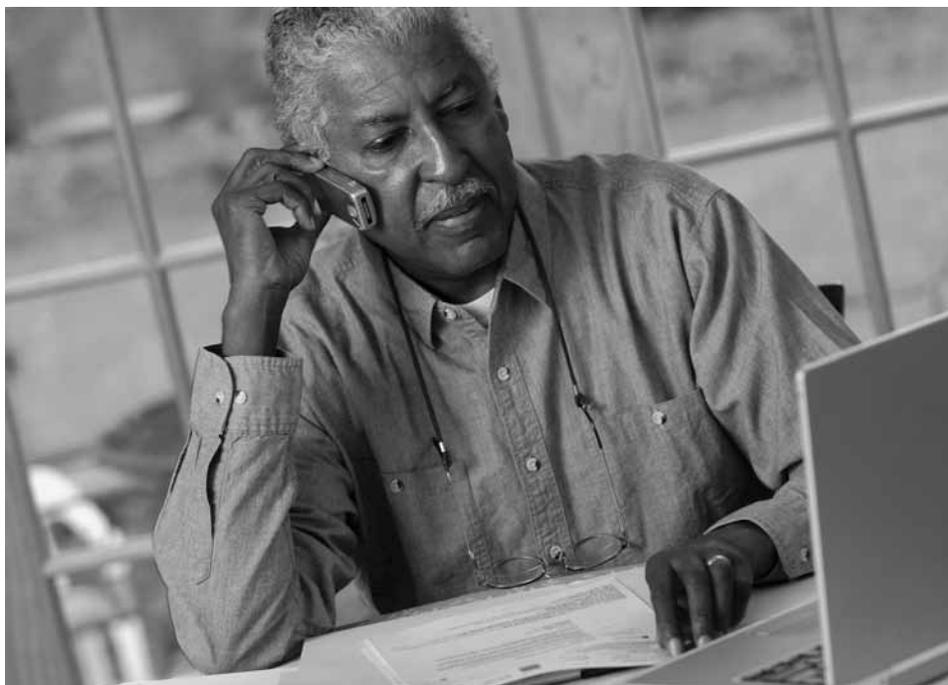
Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 51–54.

Otros planes de salud de Medicare

- Los planes de salud de Medicare que no son los planes Medicare Advantage pero son una alternativa al Medicare Original.
- Incluyen los planes Medicare de costo, los programas piloto y los Programas de Cobertura Total de la Salud para Ancianos (PACE).
- La mayoría de ellos brindan los servicios de las Partes A y B y algunos también ofrecen la cobertura de las recetas médicas.

Usted tiene el derecho de apelación garantizado si está en desacuerdo con una decisión de pago o de cobertura, relacionada con un servicio o con un medicamento. Esta publicación le brinda información sobre cómo solicitar una apelación independientemente del modo en que reciba los beneficios de Medicare. Si desea más información sobre las apelaciones, visite www.medicare.gov/appeals.

Usted también tiene otros derechos y protecciones garantizados. Para más información, visite www.medicare.gov/Publications para consultar o imprimir “Derechos y Protecciones de Medicare”, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida una copia gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Sección 2: ¿Qué es una apelación?

2

Una apelación es una petición que usted presenta si está en desacuerdo con una decisión de pago o cobertura tomada por **Medicare**, su **plan Medicare Advantage** (como un HMO o PPO), otro **plan de salud de Medicare**, o su **plan Medicare de medicamentos recetados**. Usted tiene el derecho de apelar si Medicare, su plan de salud o su plan de medicamentos le deniegan:

- Un servicio, insumo o medicamento que usted cree que debería recibir
- El pago de un servicio, insumo o medicamento que usted ya recibió
- Su pedido para que cambien el precio que debe pagar por un medicamento

Usted puede apelar si Medicare, su plan de salud o su plan de medicamentos recetados deja de brindarle o de pagar por todo o parte de un servicio, insumo o medicamento que usted cree que todavía necesita.

Vea las Secciones 3–5 si desea más información sobre cómo apelar.

¿Puede alguien apelar por mí?

Si necesita ayuda para solicitar una apelación, puede nombrar un representante. Dicha persona puede ayudarle con los pasos para apelar mencionados en esta publicación. Su representante puede ser un familiar, amigo, abogado, médico o cualquier persona que actúe en nombre suyo.

En algunos casos, su médico puede hacer un pedido en su nombre sin que usted lo haya nombrado como representante:

- Si usted está inscrito en un plan MA o en otro plan de salud de Medicare:
 - El médico que lo trata puede pedir una determinación de la organización o una reconsideración del caso en su nombre y usted no tendrá que presentar el formulario “Nombramiento de un representante”.
 - Si usted quiere que su médico solicite en su nombre un nivel más alto de apelación, tendrá que presentar dicho formulario.
 - Si desea más información sobre las apelaciones en un plan MA o en otro plan de salud de Medicare, vea la Sección 4.

Las palabras en color rojo se definen en las páginas 51–54.



¿Qué es una apelación?

- Si usted tiene un **plan Medicare de medicamentos recetados**:
 - El médico o el profesional que le receta el medicamento puede pedir una determinación de cobertura o redeterminación en su nombre y usted no tendrá que presentar el formulario “Nombramiento de un representante”.
 - Si usted quiere que su médico o el profesional que le receta el medicamento apele en su nombre ante una Entidad de Revisión Independiente (IRE) o a un nivel más alto, tendrá que presentar dicho formulario.
 - Si desea más información sobre las apelaciones si tiene un plan Medicare de medicamentos recetados, vea la Sección 5.

Usted puede nombrar un representante de una de las maneras siguientes:

1. Llene el formulario “Nombramiento de un representante” (Formulario de CMS No. 1696) disponible en www.cms.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida una copia gratis. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
2. Mande una carta que incluya:
 - Su nombre, dirección y número de teléfono
 - Su número de Medicare (tal y como aparece en la tarjeta roja, blanca y azul)
 - Una declaración mediante la cual nombra a una persona como su representante
 - El nombre, dirección y número de teléfono del representante
 - La profesión de su representante o la relación que tenga con usted
 - Una autorización para que se divulgue su información médica personal a su representante
 - Una declaración mediante la cual explica porqué lo representan
 - Su firma y la fecha de la carta
 - La firma de su representante y fecha

Usted debe enviar la carta o el formulario a la empresa que se encarga de las facturas de **Medicare** o, si está apelando, adjúntelo a su apelación. Guarde una copia de todos los documentos que le mande a Medicare como parte de su apelación.

Si tiene preguntas sobre cómo designar un representante, llame al 1-800-MEDICARE.

Sección 3: ¿Cómo puedo apelar si estoy inscrito en el Medicare Original?

3

El **Medicare Original** incluye la **Parte A (seguro de hospital)** y la **Parte B (seguro médico)**. El Medicare Original cubre ciertos artículos y servicios que recibe en los hospitales o como paciente ambulatorio.

Cuando usted recibe los servicios o artículos cubiertos por **Medicare**, le envían un **Resumen de Medicare (MSN)** por correo. Los MSN generalmente son enviados cada tres meses por la empresa que se encarga de las facturas de Medicare.

El MSN le muestra un detalle de los artículos o servicios que se le han cobrado a Medicare durante un período de tres meses, lo que Medicare pagó y cuánto le corresponde pagar a usted. El MSN también le informará si Medicare ha denegado parcial o totalmente el pago de la **reclamación**. Esta es la determinación inicial, tomada por la empresa que se encarga de la facturación a Medicare.

Si no está de acuerdo con una decisión de Medicare sobre pago o cobertura, puede apelar. El MSN también incluye información sobre sus derechos de apelación.

Si decide apelar, pídale a su médico, **proveedor de la salud**, o **suplidor** cualquier información que pudiera servirle a su caso. Guarde una copia de cualquier documento que le envíe a Medicare como parte de su apelación.

Después de recibir el servicio, si no está seguro si le ha enviado la reclamación a Medicare, llame a su médico, proveedor o suplidor y pídale una carta con un detalle. La misma listará todos los servicios o artículos que recibió. También puede fijarse en el MSN para ver si le cobraron a Medicare.

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 51–54.

¿En qué consiste el proceso de apelación?

El proceso de apelación tiene cinco niveles. Si está en desacuerdo con una decisión tomada en cualquiera de estos niveles, por lo general podrá apelar al nivel siguiente. En la carta donde le comunican la decisión se le darán instrucciones sobre el próximo nivel de apelación.

Nivel 1: Redeterminación de la empresa que se encarga de la facturación de Medicare

Si usted está en desacuerdo con la determinación inicial que figura en su MSN, puede solicitar una redeterminación (una nueva evaluación). La misma la realizará la empresa que se encarga de las facturas de **Medicare** y que no ha participado en la primera decisión. Usted tiene 120 días a partir del momento en que recibe el MSN para solicitar la redeterminación.

¿Cómo solicito una redeterminación?

Usted debe solicitársela a la empresa que se encarga de las facturas de Medicare. La dirección de la empresa aparece listada en la sección de “Información sobre las apelaciones” del MSN. Lea el MSN atentamente y siga las instrucciones que están al reverso. Usted puede solicitar una redeterminación de una de las maneras siguientes:

1. Siga las instrucciones mencionadas en su MSN:
 - Haga un círculo alrededor del artículo o servicio del MSN con el que está en desacuerdo.
 - Escriba en el MSN o en una hoja que adjunte al MSN una explicación de por qué está en desacuerdo.
 - Incluya su nombre, número de teléfono y su número de Medicare en el MSN y fírmelo.
 - Incluya cualquier otra información sobre su apelación. Pídale a su médico, **proveedor de la salud**, o **suministrador** información o datos que contribuyan a su caso. Anote su número de Medicare en todos los documentos que presenta con su pedido de apelación.
 - Guarde una copia de cualquier documento que le envíe a Medicare como parte de su apelación.

¿Cómo puedo apelar si estoy inscrito en el Medicare Original?

Las palabras en color rojo se definen en las páginas 51-54.

2. Llene el formulario “Solicitud de Redeterminación a Medicare” (Formulario de CMS No. 20027), disponible en www.cms.gov/cmsforms/downloads/cms20027.pdf, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida una copia gratis. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Envíe el formulario completado o una copia del mismo a la empresa encargada de las facturas de Medicare que aparece en su MSN.

Por lo general el contratista de Medicare le dará una respuesta (ya sea a través de una carta o MSN) durante los 60 días siguientes al recibo de su pedido. Si Medicare pagará por el artículo o servicio, el mismo aparecerá listado en su próximo resumen.

Si no está de acuerdo con la decisión del primer nivel de apelación, tiene 180 días a partir del momento en que recibe el “Aviso de Redeterminación de Medicare” para pedir una reconsideración de un Contratista Independiente Calificado (QIC).

Nivel 2: Reconsideración de un Contratista Independiente Calificado (QIC)

Un QIC es un contratista independiente que no fue parte de la decisión tomada en el Nivel 1 de apelación. El QIC evaluará su solicitud de reconsideración y tomará una decisión.

¿Cómo solicito una reconsideración?

Siga las instrucciones del “Aviso de Redeterminación de Medicare” que recibió cuando apeló en el Nivel 1. Usted debe enviarle su pedido al QIC que hará la evaluación. La dirección del QIC aparece en el aviso de redeterminación. Usted puede solicitar la reconsideración de una de las maneras siguientes:

1. Llene el formulario “Solicitud de Reconsideración a Medicare” (Formulario de CMS No. 20033) disponible en www.cms.gov/cmsforms/downloads/cms20033.pdf, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida una copia gratis. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Cómo puedo apelar si estoy inscrito en el Medicare Original?

2. Mande una carta que incluya:
 - Su nombre y su número de Medicare
 - Los artículos o servicios por los que está pidiendo la reconsideración y las fechas del servicio. Para obtener esta información consulte el aviso de redeterminación.
 - El nombre de la empresa que hizo la redeterminación (la empresa encargada de la facturación de Medicare), y que aparece en el MSN o en el aviso de redeterminación.
 - Una explicación del motivo por el que está en desacuerdo con la decisión de la redeterminación.
 - Su firma. Si ha nombrado un representante, incluya el nombre y la firma del representante. Si desea más información sobre cómo designar un representante, vea la Sección 2.

Independientemente del modo en que usted solicite la reconsideración, el pedido debe explicar claramente el motivo por el que no está de acuerdo con la decisión del Nivel 1. Envíe al QIC una copia del “Aviso de Redeterminación de Medicare” junto con su pedido de reconsideración. También debe incluir cualquier otra información que pudiera ayudar a su caso. Después de haber solicitado la reconsideración, usted puede enviar información adicional pero podría retrasar la decisión del QIC. Guarde una copia de cualquier documento que le envíe a Medicare como parte de su apelación.

En la mayoría de los casos, el QIC le enviará una carta o “Aviso de Reconsideración de Medicare” durante los 60 días siguientes al momento en que el QIC recibe su pedido de apelación.

Si usted no está de acuerdo con la decisión tomada en el Nivel 2, tiene 60 días a partir del momento en que recibe el “Aviso de Reconsideración de Medicare” para solicitar una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ).

¿Cómo puedo apelar si estoy inscrito en el Medicare Original?

Nivel 3: Audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ)

La audiencia ante un ALJ es otro nivel de apelación en el cual otra persona evaluará su caso de manera independiente, y tomará una decisión nueva e imparcial. La audiencia ante un ALJ generalmente se realiza por teléfono o video conferencia, o en algunos casos, en persona. Usted también puede pedirle al ALJ que tome una decisión sin una audiencia.

Para obtener una audiencia con un ALJ, su caso tiene que cumplir el requisito del monto límite. En el 2011, el límite es \$130. El “Aviso de Reconsideración de Medicare” que el envió el QIC como respuesta al Nivel 2 de su apelación, incluirá una declaración indicándole si su caso cumple con el requisito límite para el monto del reclamo. Sin embargo, es el Juez de Derecho Administrativo quien tiene la última palabra. Tal vez usted podría combinar varias **reclamaciones** para llegar al límite.

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 51–54.

¿Cómo solicito una audiencia?

Siga las instrucciones del “Aviso de Reconsideración de Medicare” que recibió cuando apeló en el Nivel 2 (con el QIC) para pedir la audiencia ante un ALJ. Usted debe enviarle su pedido a la Oficina de Audiencia y Apelaciones de Medicare (OMHA) correspondiente. La dirección de la oficina aparece en el aviso de reconsideración del QIC. Usted puede solicitar la audiencia de una de las maneras siguientes:

1. Llene el formulario “Solicitud de Audiencia con un Juez de Derecho Administrativo” (Formulario de CMS No. 20034 A/B) disponible en www.cms.gov/cmsforms/downloads/cms20034ab.pdf, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida una copia gratis.

¿Cómo puedo apelar si estoy inscrito en el Medicare Original?

2. Mande una carta a la oficina de OMHA que se encargará de su audiencia con el ALJ, la misma debe incluir:
 - Su nombre y su número de Medicare. Si ha nombrado un representante, incluya el nombre y la dirección del representante.
 - El número de control del documento que aparezca en el aviso de reconsideración del QIC, si lo hubiera.
 - Las fechas de los servicios o artículos en cuestión. Para obtener esta información consulte el aviso de reconsideración o su MSN.
 - Una explicación del motivo por el que está en desacuerdo con la decisión de la reconsideración.
 - Cualquier información que pudiera ayudar a su caso. Si no puede incluir esta información en su solicitud, incluya una nota indicando que tiene la intención de enviar dicha información y cuándo piensa hacerlo.

Si desea más información sobre el proceso de audiencia ante un ALJ, visite www.hhs.gov/omha y escoja “Apelaciones sobre Cobertura y Reclamaciones”. Si necesita ayuda para solicitar una audiencia ante un ALJ, llame al 1-800-MEDICARE.

Por lo general, el ALJ le comunicará su decisión por escrito durante los 90 días siguientes al recibo de su pedido. Si el ALJ no toma una decisión oportuna, usted puede pedirle al Juez de Derecho Administrativo que pase su apelación al nivel siguiente.

Si usted no está de acuerdo con la decisión tomada en el Nivel 3, tiene 60 días a partir del momento en que recibe la decisión del ALJ para solicitar una revisión al Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC).

¿Cómo puedo apelar si estoy inscrito en el Medicare Original?

Nivel 4: Revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC)

Las palabras en color rojo se definen en las páginas 51–54.

Usted puede pedir al MAC que evalúe su caso. Puede solicitar esta apelación por una **reclamación** de cualquier valor.

¿Cómo solicito esta revisión?

Para solicitar una revisión del MAC siga las instrucciones mencionadas en el aviso de decisión del ALJ (Nivel 3). Debe enviar su pedido al MAC cuya dirección figura en el aviso de decisión del ALJ. Usted puede solicitar la revisión al MAC de una de las maneras siguientes:

1. Llene el formulario “Solicitud de Revisión de la Decisión/ Denegación del Juez de Derecho Administrativo” (DAB-01) disponible en www.hhs.gov/dab/divisions/dab101.pdf, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida una copia gratis.
2. Mande una carta al MAC que incluya:
 - Su nombre y su número de Medicare. Si ha nombrado un representante, incluya el nombre y la dirección del representante.
 - Las fechas de los servicios o artículos en cuestión. Para obtener esta información consulte el aviso de decisión del ALJ o su MSN.
 - Una explicación sobre las partes de la decisión del ALJ con las que no está de acuerdo y el motivo.
 - La fecha de la decisión o denegación del ALJ, si la hubiera.
 - Su firma. Si ha nombrado un representante, incluya la firma del representante.
 - Si está pidiendo que su caso sea evaluado por el MAC debido a que el Juez de Derecho Administrativo no tomó una decisión oportuna, incluya la oficina en la que está pendiente su pedido de audiencia.

Para más información sobre el proceso de revisión del MAC, visite www.hhs.gov/dab y haga clic en “División de Operaciones de Medicare”. Si necesita ayuda para solicitarle la revisión al MSC, llame al 1-800-MEDICARE.

¿Cómo puedo apelar si estoy inscrito en el Medicare Original?

En la mayoría de los casos, el MAC le comunicará su decisión por escrito durante los 90 días siguientes al recibo de su pedido. Si no toma una decisión oportuna, usted puede pedirle al MAC que pase su apelación al nivel siguiente.

Si usted no está de acuerdo con la decisión tomada en el Nivel 4, tiene 60 días a partir del momento en que recibe la decisión del MAC para solicitar una decisión judicial de una Corte Federal de Distrito.

Nivel 5: Decisión judicial de una Corte Federal de Distrito

Si usted está en desacuerdo con la decisión del MAC, puede solicitar una decisión judicial de una Corte Federal de Distrito. Para que la corte acepte su pedido su caso debe ser por un monto mínimo equivalente a \$1,300 en el 2011. Usted puede combinar varias reclamaciones para llegar a esta cantidad.

¿Cómo solicito esta revisión?

Siga las instrucciones mencionadas en el aviso de decisión del MAC (Nivel 4) para apelar ante la Corte Federal de Distrito.

Si desea más información sobre el proceso de apelaciones:

- Visite www.medicare.gov/appeals.
- Llame al 1-800-MEDICARE.
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)** para obtener ayuda personalizada. Para obtener el número de teléfono, visite www.medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE.

¿Cómo puedo apelar si estoy inscrito en el Medicare Original?

¿Cómo obtengo una apelación acelerada en un hospital?

Cuando usted es admitido al hospital, tiene derecho a recibir los servicios necesarios para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o herida. Si piensa que le están dando de alta antes de tiempo, puede pedirle a la **Organización para Mejoras de la Calidad (QIO)** que revise su caso. Para obtener el número de teléfono de la QIO, visite www.medicare.gov/contacts o llame 1-800-MEDICARE.

En los dos primeros días de su admisión, le entregaran un aviso titulado “Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” (también conocido como “Mensaje importante de Medicare” o “IM”). Si no lo recibe, pídale. En este documento encontrará la información de contacto para la QIO y una explicación sobre:

- Su derecho a recibir todos los servicios del hospital **necesarios por motivos médicos**
- Su derecho a participar de las decisiones que toma el hospital, su médico u otra persona sobre los servicios y sobre quién pagará por ellos
- Su derecho a recibir los servicios necesarios una vez que abandone el hospital
- Su derecho de apelar una decisión sobre su alta y los pasos para hacerlo
- Las circunstancias en las que usted tendrá o no tendrá que pagar para permanecer en el hospital
- Su derecho a recibir un aviso detallado sobre el motivo por el que los servicios están terminando

Si el hospital le entrega el IM más de dos días antes de la fecha del alta, le tiene que entregar o una copia del IM original firmado o uno nuevo (que usted tiene que firmar) antes del alta.

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 51–54.

¿Cómo puedo apelar si estoy inscrito en el Medicare Original?

Las palabras en color rojo se definen en las páginas 51–54.

¿Cómo solicito una apelación acelerada?

Usted podría tener derecho a pedirle a la QIO una apelación acelerada. Para hacerlo, siga las instrucciones del IM, si piensa que los servicios del hospital cubiertos por **Medicare** están terminando antes de tiempo. Usted debe presentar la apelación acelerada a más tardar el día en que tiene programada el alta del hospital.

Si solicita la apelación en el plazo estipulado, puede quedarse en el hospital sin tener que pagar (excepto por el **coseguro** y los **deducibles**) hasta que la QIO tome la decisión.

Si se le pasa la fecha para solicitar la apelación acelerada, igualmente le puede pedir a la QIO que evalúe su caso, pero se aplicarán normas y plazos diferentes. Si desea más información, comuníquese con la QIO. Para obtener el número de teléfono, visite www.medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE.

¿Qué ocurre cuando se solicita una revisión a la QIO?

Cuando la QIO recibe su pedido de apelación acelerada, le avisa al hospital, entonces el hospital le dará un “Aviso de Alta Detallado” para el mediodía del día siguiente a la fecha en la que la QIO se lo notificó al hospital. El aviso incluirá:

- El motivo por el que se considera que los servicios ya no son necesarios por motivos médicos, o ya no serán cubiertos
- Una descripción de la norma o política de cobertura de Medicare que se aplique y una explicación de dónde o cómo obtener una copia de dicha reglamentación
- Cómo se aplica dicha norma a su situación específica

La QIO se fijará en la información médica que le provea el hospital y también le pedirá su opinión sobre el caso. La QIO tomará una decisión sobre su alta en un plazo de 24 horas a partir del momento en que recibe su pedido de apelación.

Si la QIO decide que le están dando el alta antes de tiempo, **Medicare** seguirá cubriendo su estadía en el hospital por todo el tiempo que sea necesaria por motivos médicos (excepto por los **deducibles** y el **coseguro** que tendrá que pagarlos usted).

¿Cómo puedo apelar si estoy inscrito en el Medicare Original?

Si la QIO decide que usted está listo para abandonar el hospital y que además ha solicitado la apelación acelerada dentro de los plazos correctos, no tendrá que pagar lo que le cobre el hospital (excepto el coseguro y deducibles) hasta el mediodía del día siguiente a que la QIO le comunique su decisión. Si usted recibe cualquier servicio como paciente internado después del mediodía de ese día, tal vez tenga que pagar por dicho servicio.

Si tiene preguntas sobre las apelaciones aceleradas en los hospitales, llame a la QIO al número que aparece en el aviso que le entrega el hospital. También puede visitar www.medicare.gov/contacts o llamar al 1-800-MEDICARE para obtener el número de la QIO.

¿Cómo obtengo una apelación acelerada en otro centro que no sea un hospital?

Usted tiene derecho a solicitar una apelación acelerada si piensa que los servicios cubiertos por Medicare que recibe en un **Centro de Enfermería Especializada (SNF)**, de una **Agencia para el Cuidado de la Salud en el Hogar (HHA)**, un **Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios o Centro de Rehabilitación General Ambulatoria (CORF)** o un **hospicio** están terminando antes de tiempo.

Cuando usted recibe los servicios en un SNF, HHA, CORF o en un hospicio, le deben entregar un “Aviso de No Cobertura del Proveedor de Medicare” al menos dos días antes de que termine el servicio. Si no recibe este aviso, pídale. El aviso le explica:

- La fecha en la que terminará el servicio cubierto
- Que tal vez tenga que pagar por los servicios que reciba después de la fecha en que termina la cobertura de los servicios, que aparece en el aviso
- Su derecho a recibir una explicación detallada sobre el motivo por el que terminan los servicios
- Su derecho a solicitar una apelación acelerada y cómo comunicarse con la QIO de su estado para pedir una apelación acelerada

¿Cómo puedo apelar si estoy inscrito en el Medicare Original?

¿Cómo solicito una apelación acelerada?

Pídale una apelación acelerada a la QIO a más tardar para el mediodía del día siguiente a que le entreguen el “Aviso de No Cobertura del Proveedor de Medicare”. Siga las instrucciones del aviso.

Si se le pasa la fecha para solicitar la apelación acelerada, igualmente le puede pedir a la QIO que evalúe su caso, pero se aplicarán normas y plazos diferentes. Si desea más información, llame a la QIO. Para obtener el número de teléfono, visite www.medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE.

¿Qué ocurre cuando se solicita una revisión a la QIO?

Cuando la QIO recibe su pedido de apelación acelerada, le avisa al proveedor. Entonces el proveedor le dará el “Aviso de No Cobertura del Proveedor de Medicare” para el final del día en que el proveedor reciba la comunicación de la QIO. El aviso incluirá:

- El motivo por el que se considera que los servicios ya no son necesarios por motivos médicos, o ya no serán cubiertos
- Una descripción de la norma o política de cobertura de Medicare que se aplique y una explicación de dónde o cómo obtener una copia de dicha reglamentación
- Cómo se aplica dicha norma a su situación específica

Si la QIO decide que le están dando el alta antes de tiempo, Medicare seguirá cubriendo su estadía en el SNF, HHA, CORF o en el **hospicio** (excepto por los **deducibles** y el **coseguro**).

Si la QIO decide que los servicios deben terminar, no tendrá que pagar por los servicios del SNF, HHA, CORF o del hospicio que reciba antes de la fecha de terminación mencionada en el Aviso. Si usted siga recibiendo los servicios después de la fecha de terminación, tendrá que pagar por los servicios.

Las palabras en color rojo se definen en las páginas 51–54.

¿Cómo puedo apelar si estoy inscrito en el Medicare Original?

Si tiene preguntas sobre sus derechos en un SNF, HHA, CORF u hospicio, incluidos los derechos de apelar la decisión de la QIO, a recibir avisos o aprender sobre sus derechos si se le pasa la fecha límite para solicitar la apelación, llame a la QIO al número de teléfono que aparece en el aviso. O visite www.medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE para obtenerlo.

¿Qué es un “Preaviso al beneficiario de no cobertura”?

Si usted tiene el **Medicare Original** y su médico, **proveedor de servicios de salud**, o **suplidor** piensa que Medicare probablemente (o con seguridad) no pagará por un artículo o servicios, le puede entregar un “Preaviso al beneficiario de no cobertura”, también conocido como “Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario” (ABN). Este es un aviso que utilizan los médicos, suplidores y ciertos proveedores de servicios de salud como los terapeutas físicos u ocupacionales independientes, los laboratorios y los departamentos ambulatorios de los hospitales.

El ABN le explica que Medicare no pagará por el servicio, el motivo y un estimado de los costos. El ABN le brinda información para que usted tome una decisión sobre si desea recibir el servicio o no, entendiendo que si lo recibe tendrá que pagarlo de su bolsillo.

¿Cómo puedo apelar si estoy inscrito en el Medicare Original?

Se le pedirá que marque un casillero y que firme el aviso como comprobante de que ha leído y entendido lo que le explica el aviso. Usted debe escoger una de las opciones siguientes:

- Obtener los artículos o servicios por los que **Medicare** no pagará y pagar por ellos si Medicare no los cubre. El proveedor o **suplidor** enviará una **reclamación** a Medicare por estos servicios o artículos. Si Medicare les deniega el pago, usted puede apelar la decisión.
- Obtener los artículos o servicios por los que Medicare no pagará y pagar por ellos al momento de recibirlos. Usted pide que no se envíe la reclamación a Medicare y como no se envía una reclamación, tampoco tendrá el derecho de apelar.
- No recibir los artículos o servicios, en cuyo caso no se presentará una reclamación y usted no tendrá que pagar. Como no se presenta una reclamación, usted no tendrá el derecho de apelar.

El ABN no es una denegación oficial de Medicare. Si el pago es denegado cuando se presente la reclamación, usted podrá apelar la decisión.

Otro tipo de Avisos anticipados

1. Preaviso al Beneficiario de un Centro de Enfermería Especializada (SNFABN por su sigla en inglés)

Cuando el centro de enfermería especializada considere que Medicare ya no seguirá pagando por su estadía porque no es razonable o necesario o porque se la considera como **cuidado de compañía**, le enviará un SNFABN indicándole la fecha en la que Medicare dejará de pagar por los servicios. Si decide recibir los servicios, no tendrá que pagarlos hasta que se haya presentado la reclamación y Medicare haya denegado el pago de la misma. Sin embargo, usted tiene que seguir pagando cualquier otro costo que paga normalmente mientras se procesa la reclamación. Estos costos incluyen el **coseguro** diario y los servicios y e insumos que Medicare nunca cubre. Esta notificación escrita le brinda opciones similares a las del ABN (vea arriba).

¿Cómo puedo apelar si estoy inscrito en el Medicare Original?

2. Preaviso al Beneficiario de la Agencia de Cuidado de la Salud en el Hogar (HHABN por su sigla en inglés)

El HHABN es usado solamente por las agencias de cuidado de la salud en el hogar (atención domiciliaria) y se le envía por lo general cuando la agencia le está brindando un servicio que Medicare no pagará. El HHABN también se usa sin las opciones de casilleros, como un aviso de que su plan de **cuidado de la salud en el hogar** ha cambiado. Lea el aviso atentamente para estar al tanto de los cambios hechos a su plan de atención.

3. Aviso del Hospital de No Cobertura (HINN por su sigla en inglés)

Es un documento que le entrega el hospital cuando todos o parte de los servicios de internación tal vez no sean cubiertos por Medicare. El aviso le explicará por qué el hospital piensa que Medicare no pagará y lo que tendría que pagar usted si desea continuar con los servicios.

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 51–54.

Servicios e insumos que Medicare nunca cubre

Los médicos, **proveedores de la salud** y **suplidores** no tienen (pero podrían hacerlo) que darle un ABN por los servicios que Medicare nunca cubre, por ejemplo:

- Los servicios dentales
- Los aparatos de asistencia auditiva
- Los exámenes de la vista de rutina
- El cuidado de los pies de rutina
- Los exámenes físicos de rutina (Nota: La Parte B de Medicare cubre un visita médica “Bienvenido a Medicare” por única vez, si la hace durante los 12 primeros meses de haberse inscrito en la Parte B. También cubre visitas anuales de “Bienestar”. Para más información sobre los servicios preventivos, visite www.medicare.gov/Publications para ver o para imprimir la publicación “Su Guía sobre los Servicios Preventivos de Medicare”, o llame al 1-800-MEDICARE y pida una copia gratis.

3

¿Cómo puedo apelar si estoy inscrito en el Medicare Original?



Sección 4: ¿Cómo puedo apelar si estoy inscrito en un plan Medicare Advantage o en otro plan de salud de Medicare?

4

Los **planes Medicare Advantage** (como un HMO o PPO) y los **planes Medicare de costo** son opciones de planes médicos aprobados por Medicare y administrados por empresas privadas. Cuando usted se inscribe en un plan Medicare Advantage o en otro **plan de salud de Medicare**, usted sigue estando en el programa Medicare.

Los planes Medicare Advantage le proporcionan toda la cobertura de la **Parte A (seguro de hospital)** y de la **Parte B (seguro médico)**, y deben cubrir todos los servicios **necesarios por motivos médicos** ofrecidos por las Partes A y B. Por lo general también ofrecen beneficios adicionales como la cobertura de las recetas médicas (Parte D).

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 51–54.

Los planes Medicare de costo son un tipo de HMO disponibles en ciertas zonas del país. Usted puede inscribirse en uno de estos planes aun si solamente tiene la Parte B. Si se atiende con un proveedor de la salud que no es de la red del plan, los servicios serán cubiertos por el Medicare Original. Usted puede obtener la cobertura de sus recetas médicas del plan (si la ofreciera) o puede inscribirse en un **plan Medicare de medicamentos recetados**. Si está inscrito en un Plan Medicare de costo y quiere apelar los servicios que recibió fuera de la red del plan, debe seguir el proceso de apelación del **Medicare Original**. Vea la Sección 3.

Su plan MA o su plan de salud de Medicare le enviará información sobre sus derechos. Llame al plan si tiene preguntas.

Si está inscrito en uno de estos planes, tiene el derecho de solicitar una apelación para resolver las diferencias con el plan. También puede pedirle al plan que le proporcione o que pague por los artículos o servicios que usted piensa que debería cubrir, brindar o continuar.

Si decide apelar, pídale a su médico, **proveedor** o a su **suplidor** que le proporcione cualquier información que pudiera contribuir a su caso. Guarde una copia de cualquier documento que le envíe al plan como parte de la apelación.

¿En qué consiste el proceso de apelación?

Pedido de una determinación de la organización

Usted tiene el derecho de pedirle a su plan que le brinde o pague por los servicios o artículos que piensa que deberían ser cubiertos, proporcionados o continuados. A esto se le conoce como “determinación de la organización”. Usted, su representante o su médico pueden solicitarla.

Si usted cree que su salud podría estar en peligro por esperar los 14 días estándar para que le informen sobre la decisión, pídale al plan una decisión acelerada. El plan debe informarle su decisión en un plazo de 72 horas, si determina, o su médico le comunica que su salud podría estar en peligro si tiene que esperar por una decisión estándar.

Si el plan no cubre los servicios o artículos que usted solicitó, debe informárselo por escrito y explicarle cómo apelar la decisión. Usted recibirá un aviso en el cual le explican el motivo por el cual el plan ha denegado total o parcialmente su pedido y le dará las instrucciones para apelar. Si decide apelar la decisión del plan, pida una copia de su historial clínico y cualquier otra información que pueda ayudar a su caso. El plan podría cobrarle un arancel por la copia de estos documentos.

Si está en desacuerdo con la determinación de la organización (la decisión inicial de su plan), puede apelar la decisión. El proceso de apelación tiene cinco niveles. Si no está conforme con la decisión tomada en cualquiera de estos niveles, puede pasar al nivel siguiente. En cada nivel le darán instrucciones sobre cómo apelar al nivel siguiente.

Nivel 1: Reconsideración del plan

Si está en desacuerdo con la decisión inicial del plan (determinación de la organización), usted, su representante o su médico puede solicitar la reconsideración (una segunda evaluación).

Usted debe solicitar la reconsideración en los 60 días siguientes a la determinación de la organización.

¿Cómo puedo apelar tengo un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?

¿Cómo solicito una reconsideración?

Usted o su médico debe solicitar la reconsideración estándar por escrito, a menos que el plan le permita hacerlo por teléfono, fax o correo electrónico (e-mail). La dirección del plan aparece en los documentos que le entregaron y en la determinación de la organización.

Para solicitar la reconsideración, siga las instrucciones del “Aviso de Denegación de Cobertura Médica” o en el “Aviso de Denegación de Pago” que recibió cuando la decisión no le fue favorable. El pedido de reconsideración por escrito debe incluir:

- Su nombre, dirección, y el número de Medicare (HICN) que aparece en su tarjeta.
- Los artículos o servicios por los que está solicitando la reconsideración y las fechas en que se brindaron.
- Su firma. Si ha nombrado un representante, incluya el nombre y firma del representante. Si desea más información sobre cómo designar un representante, vea la Sección 2.

También debe incluir cualquier información que contribuya a su caso. Guarde una copia de todos los documentos que le envía al plan como parte de la apelación.

Su plan le responderá en los plazos siguientes:

- Solicitud estándar de un servicio—30 días
- Solicitud de pago—60 días
- Apelación acelerada—72 horas

El plan le aceptará la apelación acelerada si determina o su médico le avisa al plan que su salud podría estar en peligro si tiene que esperar por una decisión estándar.

El plazo para completar una solicitud estándar de servicio o una apelación acelerada puede extenderse hasta 14 días. La extensión puede hacerse por ejemplo, si su plan necesita más información o si la extensión lo beneficiaría.

Si el plan rechaza parcial o totalmente su pedido, la apelación se elevará automáticamente al Nivel 2.

4

¿Cómo puedo apelar tengo un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?

Nivel 2: Evaluación de una Entidad de Revisión Independiente (IRE)

Por cada apelación, el plan le enviará una decisión por escrito. Si la decisión del plan es adversa, su apelación se enviará automáticamente al Nivel 2. Si este fuera el caso, la carta del plan le dará los motivos específicos de la denegación total o parcial.

Usted tiene derecho a enviarle a la IRE información adicional. Deben recibirla dentro de los diez días de la fecha del aviso en el que la IRE le dice que recibió su caso. La dirección del IRE aparece en dicho aviso.

Por lo general, la IRE le enviará su decisión por escrito (determinación de la reconsideración), en los plazos siguientes:

- Solicitud estándar de un servicio—30 días
- Solicitud de pago—60 días
- Apelación acelerada—72 horas

Le brindarán una decisión acelerada si la IRE determina que su vida o su salud podrían estar en peligro si tiene que esperar una decisión estándar.

El plazo para una solicitud estándar de servicio o una apelación acelerada puede extenderse hasta 14 días. El plazo se puede extender por ejemplo, si la IRE necesita más información o si la extensión lo beneficiaría.

Si usted no está de acuerdo con la decisión de la IRE (Nivel 2), tiene 60 días desde la fecha en la que recibió la decisión de la IRE para solicitar una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ).

Nivel 3: Audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ)

La audiencia ante un ALJ es otro nivel de apelación en el cual otra persona evaluará su caso de manera independiente, y tomará una decisión nueva e imparcial. La audiencia ante un ALJ generalmente se realiza por teléfono o video conferencia, o en algunos casos, en persona. Usted también puede pedirle al ALJ que tome una decisión sin una audiencia.

¿Cómo puedo apelar tengo un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?

Para obtener una audiencia con un ALJ, su caso tiene que cumplir el requisito del monto límite. Para el 2011, el límite es \$130. La “Reconsideración” incluirá una declaración indicándole si su caso cumple con el requisito límite para el monto del reclamo. Sin embargo, es el Juez de Derecho Administrativo quien tiene la última palabra. Tal vez usted podría combinar varias **reclamaciones** para llegar al límite.

¿Cómo solicito una audiencia?

Siga las instrucciones de la “Reconsideración” para pedir la audiencia ante un ALJ. También puede presentar un pedido por escrito con la información listada abajo. Tenga en cuenta que si la información está incompleta su caso puede retrasarse. Su pedido debe incluir:

- Su nombre, dirección, su número de Medicare (HICN) que aparece en su tarjeta de Medicare. Si ha nombrado un representante, incluya el nombre y dirección de su representante.
- El número de control que le ha asignado la IRE, si lo hubiera
- Las fechas en las que recibió los artículos o servicios por los que está apelando
- Una explicación del motivo por que el está en desacuerdo con la decisión de la IRE.
- Cualquier información que contribuya a su caso. Si no puede incluir dicha información con su solicitud, mande una carta avisándoles que piensa enviar información adicional y la fecha en la que lo hará.

Usted debe enviarle su pedido a la Oficina de Audiencia y Apelaciones de Medicare (OMHA) local correspondiente que figura en el aviso de reconsideración.

Si desea más información sobre el proceso de apelación ante un ALJ, visite www.hhs.gov/omha y escoja “Apelaciones sobre Cobertura y Reclamaciones”. Si necesita ayuda para solicitar una audiencia ante un ALJ, llame a su plan.

Si la decisión del ALJ es favorable para usted, el plan tiene el derecho de apelar esta decisión solicitando que el Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC) revea el caso.

Si usted no está de acuerdo con la decisión tomada en el Nivel 3, tiene 60 días a partir del momento en que recibe la decisión del ALJ para solicitar una revisión al Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC).

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 51–54.

4

¿Cómo puedo apelar tengo un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?

Nivel 4: Revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC)

Usted puede pedir al MAC que evalúe su caso. Puede solicitar esta apelación por una **reclamación** de cualquier valor monetario.

¿Cómo solicito esta revisión?

Para solicitar una revisión del MAC siga las instrucciones mencionadas en el aviso de decisión del ALJ (Nivel 3). Debe enviar su pedido al MAC cuya dirección figura en el aviso de decisión del ALJ. Usted puede solicitar la revisión al MAC de una de las maneras siguientes:

1. Llene el formulario “Solicitud de Revisión de la Decisión/Denegación del Juez de Derecho Administrativo” (DAB-01) disponible en www.hhs.gov/dab/divisions/dab101.pdf, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida una copia gratis. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
2. Mande una carta al MAC que incluya:
 - Su nombre y su número de Medicare. Si ha nombrado un representante, incluya el nombre y la dirección del representante.
 - Las fechas de los servicios o artículos en cuestión. Para obtener esta información consulte el aviso de decisión del ALJ.
 - Una explicación sobre las partes de la decisión del ALJ con las que no está de acuerdo y el motivo.
 - La fecha de la decisión o denegación del ALJ, si la hubiera.
 - Su firma. Si ha nombrado un representante, incluya la firma del representante.
 - Si está pidiendo que su caso sea evaluado por el MAC debido a que el Juez de Derecho Administrativo no tomo una decisión oportuna, incluya la oficina en la que está pendiente su pedido de audiencia.

En la mayoría de los casos, el MAC le comunicará su decisión por escrito durante los 90 días siguientes al recibo de su pedido.

Si usted no está de acuerdo con la decisión tomada en el Nivel 4, tiene 60 días a partir del momento en que recibe la decisión del MAC para solicitar una decisión judicial de una Corte Federal de Distrito.

¿Cómo puedo apelar tengo un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?

Nivel 5: Decisión judicial de una Corte Federal de Distrito

Si usted está en desacuerdo con la decisión del MAC, puede solicitar una decisión judicial de una Corte Federal de Distrito. Para que la corte acepte su pedido su caso debe ser por un monto mínimo equivalente a \$1,300 en el 2011. Usted puede combinar varias **reclamaciones** para llegar a esta cantidad.

¿Cómo solicito esta revisión?

Siga las instrucciones mencionadas en el aviso de decisión del MAC (Nivel 4) para apelar ante la Corte Federal de Distrito.

Si desea más información sobre el proceso de apelaciones:

- Visite www.medicare.gov/appeals.
- Llame al 1-800-MEDICARE.
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)** para obtener ayuda personalizada. Para obtener el número de teléfono, visite www.medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE.

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 51-54.

¿Cómo obtengo una apelación acelerada en un hospital?

Cuando usted es admitido al hospital, tiene derecho a recibir los servicios necesarios para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o herida. Si piensa que le están dando de alta antes de tiempo, puede pedirle a la Organización para Mejoras de la Calidad (QIO) que revise su caso. Para obtener el número de teléfono de la QIO, visite www.medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE.

Durante su estadía en el hospital, le entregarán un aviso titulado “Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos” (también conocido como “Mensaje importante de Medicare” o “IM”). Si no lo recibe, pídale. En este documento encontrará la información de contacto para la QIO y una explicación sobre:

- Su derecho a recibir todos los servicios del hospital **necesarios por motivos médicos**
- Su derecho a participar de las decisiones que toma el hospital, su médico u otra persona sobre los servicios y sobre quién pagará por ellos
- Cuándo terminarán los servicios
- Su derecho a recibir los servicios necesarios una vez que abandone el hospital
- Su derecho de apelar una decisión sobre su alta y a no tener que pagar por los servicios durante la apelación (excepto por el **coseguro y deducibles**)
- Su derecho a solicitar una apelación acelerada
- Lo que usted tendrá que pagar si se queda en el hospital después de la fecha de alta

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 51–54.

Usted recibirá el IM durante los dos primeros días de su admisión. Si el hospital le entrega el IM más de dos días antes de la fecha del alta, le tiene que entregar o una copia del IM original firmado o uno nuevo (que usted tiene que firmar) antes del alta.

¿Cómo puedo apelar tengo un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?

¿Cómo solicito una apelación acelerada?

Usted podría tener derecho a pedirle a la QIO una apelación acelerada. Para hacerlo, siga las instrucciones del IM, si piensa que los servicios del hospital cubiertos por **Medicare** están terminando antes de tiempo. Debe solicitar la apelación acelerada a más tardar el día en que tiene programada el alta del hospital.

Si solicita la apelación en el plazo estipulado, puede quedarse en el hospital sin tener que pagar (excepto por el **coseguro** y los **deducibles**) hasta que la QIO tome la decisión.

Si se le pasa la fecha para solicitar la apelación acelerada, igualmente le puede pedir una reconsideración a su plan, pero los servicios del hospital solamente serán cubiertos si se decide a su favor.

Para solicitar una apelación acelerada, comuníquese con su SHIP. Para obtener el número de teléfono visite www.medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE.

¿Qué ocurre cuando se solicita una revisión a la QIO?

Cuando la QIO recibe su pedido de apelación acelerada, le avisará al plan y al hospital. A usted se le entregará un “Aviso de Alta Detallado” para el mediodía de ese mismo días. El aviso incluirá:

- El motivo por el que se considera que los servicios ya no son necesarios por motivos médicos, o ya no serán cubiertos
- Una descripción de la norma o política de cobertura de Medicare que se aplique y una explicación de dónde o cómo obtener una copia de dicha reglamentación
- Cómo se aplica dicha norma a su situación específica

La QIO se fijará en la información médica que le provea el hospital y el plan, y también le pedirá su opinión sobre el caso. La QIO tomará una decisión sobre su alta en un plazo de 24 horas a partir del momento en que recibe su pedido de apelación.

4

¿Cómo puedo apelar tengo un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?

Si la QIO decide que le están dando el alta antes de tiempo, el plan le seguirá brindando los servicios cubiertos por **Medicare** en el hospital (excepto por los **deducibles** y el **coseguro** que tendrá que pagarlos usted).

Si la QIO decide que usted está listo para abandonar el hospital y que además ha solicitado la apelación acelerada dentro de los plazos correctos, no tendrá que pagar lo que le cobre el hospital (excepto el coseguro y deducibles) hasta el mediodía del día siguiente a que la QIO le comunique su decisión. Si usted recibe cualquier servicio como paciente internado después del mediodía de ese día, tal vez tenga que pagar por dicho servicio.

Si tiene preguntas sobre las apelaciones aceleradas en los hospitales, llame a la QIO al número que aparece en el aviso que le entrega el hospital. También puede visitar www.medicare.gov/contacts o llamar al 1-800-MEDICARE para obtener el número de la QIO.

¿Cómo obtengo una apelación acelerada en otro centro que no sea un hospital?

Usted tiene derecho a solicitar una apelación acelerada si piensa que los servicios cubiertos por Medicare que recibe en un **Centro de Enfermería Especializada (SNF)**, de una **Agencia para el Cuidado de la Salud en el Hogar (HHA)**, un **Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios** o **Centro de Rehabilitación General Ambulatoria (CORF)** están terminando antes de tiempo.

Cuando usted recibe los servicios en un SNF, HHA o en un CORF, le deben entregar un “Aviso de Medicare de No Cobertura” (también llamado “Aviso de no cobertura de su proveedor de Medicare”) al menos dos días antes de que termine el servicio. Si no recibe este aviso, pídale. El aviso le explica:

- La fecha en la que terminará el servicio cubierto
- Que tal vez tenga que pagar por los servicios que reciba después de la fecha en que termina la cobertura, que aparece en el aviso
- Su derecho a recibir una explicación detallada sobre el motivo por el que terminan los servicios
- Su derecho a solicitar una apelación acelerada y cómo comunicarse con la QIO de su estado para pedir una apelación acelerada

Las palabras en color rojo se definen en las páginas 51–54.

¿Cómo puedo apelar tengo un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?

¿Cómo solicito una apelación acelerada?

Usted podría tener derecho a pedirle a la QIO una apelación acelerada, a más tardar para el mediodía del día anterior a la fecha en la que terminarán los servicios cubiertos por Medicare. Para hacerlo, siga las instrucciones del “Aviso de Medicare de No Cobertura”.

Si se le pasa la fecha para solicitar la apelación acelerada, igualmente le puede pedir una reconsideración a su plan, pero si la decisión no es favorable para usted, tendrá que pagar por los servicios.

¿Qué ocurre cuando se solicita una revisión a la QIO?

Cuando la QIO recibe su pedido de apelación acelerada, le avisará al plan y al proveedor. A usted se le entregará un “Aviso Detallado de No Cobertura” para el final de ese día. El aviso incluirá:

- El motivo por el que los servicios ya no serán cubiertos
- Una descripción de la norma o política de cobertura de **Medicare** que se aplique y una explicación de dónde o cómo obtener una copia de dicha reglamentación
- La norma del plan, estipulación contractual o motivo en el cual se ha basado la decisión de darle el alta

La QIO le preguntará por qué usted piensa que los servicios deben seguir. Se fijará en su información médica y en los datos que le entregue el plan. La QIO tomará una decisión para el final del día en que reciba la información que necesita.

4

¿Cómo puedo apelar tengo un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?

Si la QIO decide que le están dando el alta antes de tiempo, el plan le seguirá brindando los servicios cubiertos por Medicare en el SNF, HHA o CORF (excepto por los deducibles y el coseguro que tendrá que pagarlos usted).

Si la QIO decide que los servicios deben terminar, no tendrá que pagar por los servicios del SNF, HHA o CORF que reciba antes de la fecha de terminación que aparece en el “Aviso de Medicare de No Cobertura”. Si después de dicha fecha sigue recibiendo los servicios, tendrá que pagarlos de su bolsillo.

Si tiene preguntas sobre sus derechos en un SNF, HHA, CORF, incluidos los derechos de: apelar la decisión de la QIO, recibir avisos o enterarse qué ocurre si se le pasa la fecha límite para solicitar la apelación, llame a la QIO al número de teléfono que aparece en el aviso que le entrega el proveedor o llame al plan (el teléfono está en los documentos del plan). O visite www.medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE para obtenerlo.

¿Cómo presento una queja?

Si tiene inquietudes o problemas con su plan Medicare Advantage o con su plan de salud de Medicare que no están relacionadas con la obtención de pagos o servicios, puede presentar una “queja.”

Si la queja está relacionada a la calidad de la atención que está recibiendo o ha recibido, puede presentársela a su plan y/o a la QIO de su estado. Para obtener el número de teléfono de la QIO, visite www.medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE.

¿Cómo puedo apelar tengo un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?

Algunos ejemplos sobre los motivos por los que puede presentar una queja son:

- Usted piensa que el horario de atención al público de su plan debería ser distinto.
- Usted cree que no hay suficientes especialistas en el plan para atender sus necesidades.
- Quiere denunciar un trato brusco de parte de su médico o enfermera, o si piensa que el consultorio no está limpio.
- La compañía que ofrece el plan le envía documentos que no están relacionados con el plan y que usted no solicitó.
- El plan no le da una decisión sobre una determinación de cobertura dentro del plazo correspondiente. Vea el Nivel 1 de apelación en las páginas 26–27.
- El plan no le envió su caso al IRE. Vea el Nivel 2 de apelación en la página 28.
- No está de acuerdo con que el plan no le otorgue su pedido de apelación acelerada o está en desacuerdo con la decisión del plan de extender el plazo para tomar una determinación.
- El plan no le entregó los avisos requeridos.
- Los avisos del plan no siguen las normas de **Medicare**.

Las palabras en color rojo se definen en las páginas 51–54.

Cuando usted se inscribe en un plan Medicare Advantage o en otro plan de salud de Medicare, en los documentos que le envía el plan, encontrará información sobre cómo presentar una queja. Lea la información atentamente y téngala a mano por si la necesita en el futuro. Si tiene preguntas, llame al plan.

4

¿Cómo puedo apelar tengo un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?



Si usted tiene la cobertura de Medicare de las recetas médicas a través de un plan Medicare de medicamentos recetados, de un plan Medicare Advantage que ofrezca dicha cobertura (MA-PD) o de otro plan, le enviarán información sobre sus derechos (conocida como “Evidencia de Cobertura”). Si tiene preguntas sobre la misma, llame al plan.

Las palabras en color rojo se definen en las páginas 51–54.

Usted tiene el derecho de solicitar una apelación para solucionar las diferencias que tenga con su plan. Puede pedirle al plan que le proporcione o pague por un medicamento que usted piensa que debería ser proporcionado, pagado o continuado.

Si desea apelar, pídale a su médico o al **proveedor de la salud** que le proporcione cualquier información que pudiera contribuir a su caso. Guarde una copia de los documentos que le envíe a su plan como parte de su apelación.

¿Qué puedo hacer si mi plan no cubre un medicamento y yo pienso que debería hacerlo?

Si el farmacéutico le dice que el plan de Medicare no cubrirá un medicamento y usted piensa que debería hacerlo, o que el plan cubrirá el medicamento pero por un precio más caro, siga estas opciones:

1. Hable con su médico.

Pregúntele a la persona que le recetó el medicamento si usted cumple el requisito de autorización previa o de la terapia en pasos/etapas. Si desea información sobre estos requisitos visite www.medicare.gov/Publications y consulte o imprima “Las normas de cobertura de los planes Medicare de medicamentos recetados y de los planes MA con cobertura de las recetas médicas (MA-PD) y cómo usan estos planes las farmacias y formularios”, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pídale una copia gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Pregúntele también al médico si hay un medicamento genérico, de venta libre o de marca más barato que pueda tratar su condición del mismo modo que su medicamento actual.

2. Solicite una determinación de cobertura (incluida una excepción).

Usted, su representante, su médico o la persona que le receta el medicamento, puede solicitarle a su plan (oralmente o por escrito), que cubra el medicamento que necesita. Usted puede pedir una determinación de cobertura si el farmacéutico o el plan le dice:

- Que el medicamento que usted piensa que debería ser cubierto no lo es.
- El medicamento está cubierto a un precio más caro que el que debería pagar.
- Le piden que cumpla cierto requisito (como una autorización previa) antes de recibir el medicamento que ha solicitado.
- No cubrirá un medicamento del **formulario** porque el plan piensa que usted no lo necesita.

Usted, su representante, su médico o la persona que le receta el medicamento, puede solicitarle a su plan una determinación de cobertura conocida como “excepción” si:

- Piensa que el plan debe cubrir un medicamento que no está en el formulario porque los otros medicamentos del formulario no le han funcionado.
- Su médico o quien le receta el medicamento piensa que usted no puede cumplir alguno de los requisitos como por ejemplo la autorización previa, la terapia en etapas o el requisito de límite a la dosis o a la cantidad.
- Usted piensa que su plan debería cobrarle un precio más bajo por un medicamento del nivel de medicamentos no preferidos del plan, porque los otros medicamentos no le sirven.

Si solicita una excepción, su médico o quien le receta el medicamento debe darle una declaración explicando el motivo. Pregúntele al plan si necesita esta declaración y si debe presentarse por escrito. El plazo que tiene el plan para decidir comienza en el momento en que el plan reciba la declaración del médico.

Las palabras en color rojo se definen en las páginas 51–54.

Las apelaciones si tiene la cobertura de Medicare de las recetas médicas

Usted puede solicitar una determinación de cobertura antes de pagar por los medicamentos, pero en otros casos, tal vez decida pagarlos de su bolsillo, guardar el recibo y solicitar el reembolso a través de la determinación de cobertura.

Usted puede solicitar una determinación de cobertura estándar o acelerada. Vea los plazos a continuación.

¿Cómo solicito una determinación de cobertura?

Usted, su representante, su médico u otro proveedor pueden pedir una determinación de cobertura (incluida una excepción) siguiendo las instrucciones que le manda el plan. El plan le dará su respuesta en 72 horas.

Usted puede llamar, escribirle o enviarle el formulario “Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura” al plan para pedirle una determinación de cobertura o una excepción. El formulario está disponible en www.cms.gov/MedPrescriptDrugApplGriev/13_Forms.asp o se lo puede pedir a su plan. Sin embargo, el plan debe aceptar cualquier pedido de determinación de cobertura que usted, su representante o su médico presente por escrito.

¿Cómo solicito una determinación de cobertura acelerada?

Usted, su representante, su médico u otro proveedor puede pedir una determinación de cobertura acelerada para que el plan tome una decisión en 24 horas. Le darán una decisión acelerada si el plan determina, o su doctor o quien le receta el medicamento le dice al plan que su vida estaría en peligro si tiene que esperar 72 horas para que le informen la decisión. Sin embargo, no se le otorgará una decisión acelerada si ya compró el medicamento.

Usted puede llamar, escribirle o enviarle el formulario “Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura” al plan para pedirle una determinación de cobertura acelerada o una excepción. El formulario está disponible en www.cms.gov/MedPrescriptDrugApplGriev/13_Forms.asp o se lo puede pedir a su plan.

¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con la decisión?

El plan le enviará la decisión por escrito, si usted está en desacuerdo puede apelar.

¿En qué consiste el proceso de apelación?

Hay cinco niveles de apelación. Si en cualquiera de los niveles usted llega a estar en desacuerdo con la decisión, por lo general podrá apelar al nivel siguiente. En cada nivel le darán instrucciones para apelar al nivel que sigue.

Nivel 1: Redeterminación del plan

Si está en desacuerdo con la decisión inicial del plan, puede solicitar la redeterminación (una segunda evaluación).

Usted debe solicitar la redeterminación en los 60 días siguientes a la determinación de cobertura.

¿Cómo solicito una redeterminación?

Siga las instrucciones mencionadas en la carta de decisión del plan.

Usted, su representante, su médico o quien le receta el medicamento puede solicitar la redeterminación estándar o acelerada. La solicitud estándar debe hacerse por escrito, a menos que el plan le permita hacerlo por teléfono.

Le darán una decisión acelerada si el plan determina, o su doctor o quien le receta el medicamento le dice al plan que su vida estaría en peligro si tiene que esperar el tiempo requerido para una decisión estándar.

El plan debe aceptar cualquier pedido de determinación de cobertura que usted, su representante o su médico presente por escrito. El pedido de redeterminación por escrito debe incluir:

- Su nombre, dirección, y el número de Medicare (HICN) que aparece en su tarjeta.
- El nombre del medicamento en cuestión
- El motivo por el que está apelando
- Su firma. Si ha nombrado un representante, incluya el nombre y firma del representante. Si desea más información sobre cómo designar un representante, vea la Sección 2.

Las apelaciones si tiene la cobertura de Medicare de las recetas médicas

También debe incluir cualquier información que contribuya a su caso, y su historial clínico. La dirección y el teléfono del plan están en los documentos que le han enviado y en la carta con la determinación de cobertura.

Su plan le responderá en los plazos siguientes:

- Redeterminación estándar—7 días
- Redeterminación acelerada—72 horas

Si usted no está de acuerdo con la decisión del plan sobre el pedido de redeterminación (Nivel 1), tiene 60 días desde la fecha en la que recibió la decisión para solicitar una reconsideración de una Entidad de Revisión Independiente (IRE).

Nivel 2: Reconsideración de una IRE

Si usted no está de acuerdo con la decisión del plan sobre el pedido de redeterminación puede pedirle al IRE una reconsideración estándar o acelerada.

¿Cómo solicito una reconsideración?

Siga las instrucciones de la carta del plan “Aviso de Redeterminación”. Si la decisión del plan no es favorable, también le enviarán el formulario de “Pedido de Reconsideración”, si no se lo envían, puede obtenerlo en www.cms.gov/MedPrescriptDrugApplGriev/13_Forms.asp o llamando al plan para que se lo manden.

Importante: Si usted quiere que su médico, proveedor o representante solicite la reconsideración del IRE en nombre suyo, tendrá que presentar el formulario titulado “Nombramiento de un representante” u otro documento que demuestre que dicha persona está autorizada a representarlo. Si desea más información sobre cómo designar un representante, vea la Sección 2.

Las apelaciones si tiene la cobertura de Medicare de las recetas médicas

Mande su pedido a la IRE a la dirección o número de fax que aparece en la carta de redeterminación del plan. La IRE le dará una decisión acelerada si determina, o su doctor o quien le receta el medicamento le dice a la IRE que su vida estaría en peligro si tiene que esperar el tiempo requerido para una decisión estándar.

Cuando la IRE reciba su solicitud le enviará un “Aviso de Reconsideración” en los plazos siguientes:

- Decisión estándar—7 días
- Decisión acelerada—72 horas

Si usted no está de acuerdo con la decisión de la IRE (Nivel 2), tiene 60 días desde la fecha en la que recibió la decisión de la IRE para solicitar una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ).

Nivel 3: Audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ)

La audiencia ante un ALJ es otro nivel de apelación en el cual otra persona evaluará su caso de manera independiente, y tomará una decisión nueva e imparcial. La audiencia ante un ALJ generalmente se realiza por teléfono o video conferencia, o en algunos casos, en persona. Usted también puede pedirle al ALJ que tome una decisión sin una audiencia.

Durante la audiencia, usted podrá explicarle al Juez porqué piensa que el plan de Medicare debería cubrir el medicamento o reembolsarle el pago que ya ha hecho. Usted puede pedirle a su médico o proveedor que participe en la audiencia y explique el motivo por el que piensa que deberían cubrir el medicamento.

Para obtener una audiencia con un ALJ, su caso tiene que cumplir el requisito del monto límite. Pare el 2011, el límite es \$130.

La “Reconsideración” incluirá una declaración indicándole si su caso cumple con el requisito límite para el monto del reclamo. Sin embargo, es el Juez de Derecho Administrativo quien tiene la última palabra. Tal vez usted podría combinar varias **reclamaciones** para llegar al límite.

¿Cómo solicito una audiencia?

Siga las instrucciones de la “Reconsideración” para pedir la audiencia ante un ALJ. Su pedido puede ser enviado a la Oficina de Audiencia y Apelaciones de Medicare (OMHA) local correspondiente que figura en el aviso de reconsideración. Usted o su representante puede solicitarla de una de estas maneras:

1. Llenando el formulario “Pedido de Audiencia con un Juez de Derecho Administrativo”, formulario de CMS No. 20034 A/B disponible en www.cms.gov/cmsforms/downloads/cms20034ab.pdf, o llamando al 1-800-MEDICARE.
2. Enviando una carta a la oficina de OMHA que se encargará de la audiencia con el ALJ. Su pedido debe incluir:
 - Su nombre, dirección, teléfono, su número de Medicare (HICN) y el nombre del **plan Medicare de medicamentos recetados**. Si ha nombrado un representante, incluya el nombre y dirección de su representante.
 - El número de apelación incluido en el aviso de reconsideración.
 - El medicamento en cuestión. La información está en el aviso de redeterminación o de reconsideración.
 - Una explicación del motivo por que el está en desacuerdo con la decisión de la IRE
 - Cualquier información que contribuya a su caso. Si no puede incluir dicha información con su solicitud, mande una carta avisándoles que piensa enviar información adicional y la fecha en la que lo hará.
 - Si está pidiendo una decisión acelerada, incluya una carta mencionándolo.
3. Si está pidiendo una decisión acelerada, puede hacerlo oralmente. Siga las instrucciones en el aviso de decisión del IRE. El ALJ le dará una decisión acelerada si determina, o su doctor o quien le receta el medicamento indica que su vida estaría en peligro si tiene que esperar 90 días para que le den una decisión. No se le otorgará una decisión acelerada si usted ya compró el medicamento.

Las palabras en color rojo se definen en las páginas 51–54.

Cuando el ALJ reciba su solicitud le enviará su decisión en los plazos siguientes:

- Decisión estándar—90 días
- Decisión acelerada—10 días

Si desea más información sobre el proceso de apelación ante un ALJ, visite www.hhs.gov/omha y escoja “Apelaciones sobre Cobertura y Reclamaciones”. Si necesita ayuda para solicitar una audiencia ante un ALJ, llame al 1-800-MEDICARE.

Si usted no está de acuerdo con la decisión tomada en el Nivel 3, tiene 60 días a partir del momento en que recibe la decisión del ALJ para solicitar una revisión al Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC).

Nivel 4: Revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC)

Usted puede pedir al MAC que evalúe su caso. Puede solicitar esta apelación por una **reclamación** de cualquier valor monetario.

¿Cómo solicito esta revisión?

Para solicitar una revisión del MAC siga las instrucciones mencionadas en el aviso de decisión del ALJ (Nivel 3). Debe enviar su pedido al MAC cuya dirección figura en el aviso de decisión del ALJ. Usted puede solicitar la revisión al MAC de una de las maneras siguientes:

1. Llene el formulario “Solicitud de Revisión de la Decisión/Denegación del Juez de Derecho Administrativo” (DAB-01) disponible en www.hhs.gov/dab/divisions/dab101.pdf, o llame al 1-800-MEDICARE y pida una copia gratis.
2. Mande una carta al MAC que incluya:
 - Su nombre, dirección, teléfono, su número de Medicare y el nombre del plan Medicare de medicamentos recetados. Si ha nombrado un representante, incluya el nombre y la dirección del representante.
 - El medicamento en cuestión. La información está en el aviso del IRE o en la decisión del ALJ.

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 51–54.

Las apelaciones si tiene la cobertura de Medicare de las recetas médicas

- Una explicación sobre las partes de la decisión del ALJ con las que no está de acuerdo y el motivo.
 - El número del caso del ALJ
 - Si está pidiendo una decisión acelerada, indique que la está solicitando
 - Su firma. Si ha nombrado un representante, incluya la firma del representante
3. Si está pidiendo una decisión acelerada, puede hacerlo oralmente. Siga las instrucciones en el aviso de decisión del ALJ. El MAC le dará una decisión acelerada si determina, o su doctor o quien le receta el medicamento indica que su vida estaría en peligro si tiene que esperar 90 días para que le den una decisión. No se le otorgará una decisión acelerada si usted ya compró el medicamento.

Cuando el MAC reciba su solicitud le enviará su decisión en los plazos siguientes:

- Decisión estándar—90 días
- Decisión acelerada—10 días

Si desea más información sobre el proceso de apelación ante el MAC, visite www.hhs.gov/dab y escoja “Consejo de Apelaciones de Medicare”. Si necesita ayuda para apelar ante el MAC, llame al 1-800-MEDICARE.

Si usted no está de acuerdo con la decisión tomada en el Nivel 4, tiene 60 días a partir del momento en que recibe la decisión del MAC para solicitar una decisión judicial de una Corte Federal de Distrito.

Nivel 5: Decisión judicial de una Corte Federal de Distrito

Si usted está en desacuerdo con la decisión del MAC, puede solicitar una decisión judicial de una Corte Federal de Distrito. Para que la corte acepte su pedido su caso debe ser por un monto mínimo equivalente a \$1,300 en el 2011. Usted puede combinar varias **reclamaciones** para llegar a esta cantidad.

¿Cómo solicito esta revisión?

Siga las instrucciones mencionadas en el aviso de decisión del MAC (Nivel 4) para apelar ante la Corte Federal de Distrito. También puede pedirle las instrucciones al personal de la oficina de la corte.

La dirección de la corte aparece en la carta de decisión del MAC.

Si desea más información sobre el proceso de apelaciones:

- Visite www.medicare.gov/appeals.
- Llame al 1-800-MEDICARE.
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)** para obtener ayuda personalizada. Para obtener el número de teléfono, visite www.medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE.

¿Cómo presento una queja?

Si tiene inquietudes o problemas con su plan que no están relacionadas con un pedido de cobertura o pago de un medicamento, tiene derecho a presentar una queja. La misma debe presentarla en los 60 días siguientes al evento.

Algunos motivos por los que podría presentar una queja son:

- Usted piensa que el horario de atención al público de su plan debería ser distinto.
- Tiene que esperar mucho para obtener el medicamento
- La compañía que ofrece el plan le envía documentos que no están relacionados con el plan y que usted no solicitó.
- El plan no le da una decisión sobre una determinación de cobertura dentro del plazo correspondiente (Nivel 1) y no le envió su caso al IRE.

Las apelaciones si tiene la cobertura de Medicare de las recetas médicas

Las palabras en color rojo se definen en las páginas 51–54.

- No está de acuerdo con que el plan no le otorgue su pedido de determinación de cobertura acelerada o de apelación del Nivel 1 (redeterminación).
- El plan no le entregó los avisos requeridos.
- Los avisos del plan no siguen las normas de **Medicare**.

Si quiere presentar una queja, tenga en cuenta:

- Debe hacerlo en los 60 días siguientes a que ocurra el evento.
- Puede hacerlo por teléfono o por escrito.
- Deben darle una decisión en un plazo de 30 días a partir del momento en que el plan recibe la queja.
- Si la queja es porque el plan se ha negado a darle una determinación o redeterminación acelerada y usted aún no ha recibido ni comprado el medicamento, el plan debe informarle su decisión a más tardar a las 24 horas de haber recibido la queja.
- Si piensa que le han cobrado demasiado por el medicamento, llame a la compañía que ofrece el plan para obtener los precios actualizados.

Si el plan no soluciona los motivos de su queja, llame al 1-800-MEDICARE.

Si desea más información sobre cómo presentar una queja

- Visite www.medicare.gov/appeals.
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)** para obtener ayuda personalizada. Para obtener el número de teléfono, visite www.medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE.



Guarde una copia de todos los documentos que le envíe a Medicare o al plan como parte de su apelación.

Agencia para el cuidado de la salud en el hogar—Una organización que brinda atención domiciliaria.

Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios/ Centro de rehabilitación general ambulatoria (CORF)—A facility that provides a variety of services on an outpatient basis, including physicians' services, physical therapy, social or psychological services, and rehabilitation.

Centro de enfermería especializada—Un centro que cuenta con el equipo material y humano para brindar servicios de enfermería y/o rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Copago—Es la parte que usted paga por cada servicio o suministro como una visita al médico o un medicamento. Un copago es generalmente una cantidad fija en vez de un porcentaje. Por ejemplo \$10 o \$20 por una visita médica o receta.

Coseguro—La cantidad que debe pagar por los servicios después de haber pagado cualquier deducible. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo el 20%).

Cuidado de custodia/compañía—Cuidado personal no especializado, para ayudarle con las actividades cotidianas tales como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse, desplazarse y usar el baño. También puede incluir las actividades que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como colocarse las gotas oculares. En la mayoría de los casos Medicare no paga por este tipo de cuidado.

Cuidado de hospicio—Una manera especial de cuidar a las personas con una enfermedad terminal. Esta clase de cuidado incluye la atención de un equipo orientado al cuidado físico, médico, social, emocional y espiritual del paciente. El cuidado de hospicio también brinda apoyo a los familiares y a la persona que cuida al paciente.

Cuidado de la salud en el hogar—Servicios médicos e insumos ordenados por un médico para que los reciba en su hogar siguiendo un plan de cuidados diseñado por su médico. Medicare solo cubre esto servicios limitadamente y si los solicita el médico.

Deducible—La cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos o los medicamentos antes de que el Medicare Original, su plan para recetas médicas u otro seguro comience a pagar.

Formulario—Una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan de medicamentos o por otro seguro que ofrezca la cobertura de las recetas médicas.

Medicare—El seguro médico federal para las personas de 65 años o mayores, ciertas personas menores con discapacidades y las personas que padecen de Enfermedad Renal Terminal (insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o trasplante de riñón) (ESRD).

Medicare Original—El Medicare Original es un plan de pago por servicio en el que el gobierno le paga a sus proveedores de servicios de la salud directamente por los beneficios de las Partes A y B.

Necesario por razones médicas—Servicios o suministros médicos que sirven para diagnosticar o tratar su problema de salud y cumplen con los estándares locales de la buena práctica médica.

Organización para Mejoras de la Calidad (QIO por su sigla en inglés)—Un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la calidad de la atención brindada a los beneficiarios de Medicare.

Parte A de Medicare (seguro de hospital)—Cubre la internación en el hospital, el cuidado en un centro de enfermería especializada, el cuidado de hospicio y algunos servicios de atención domiciliaria.

Parte B de Medicare (seguro médico)—Cubre ciertos servicios médicos, la atención ambulatoria, los insumos médicos y los servicios preventivos.

Plan de salud de Medicare—Un plan médico de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarles a los beneficiarios inscritos, todos los servicios de las Partes A y B de Medicare. Este término se usa en toda esta publicación e incluye a todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare de costo, los programas piloto, los programas PACE.

Plan Medicare Advantage (Parte C)—Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Los planes Medicare Advantage son los HMO, PPO o PFFS, los planes para necesidades especiales y los planes de cuentas de ahorros médicos de Medicare. Si está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos por el plan y no los paga el Medicare Original. La mayoría de los planes Medicare Advantage ofrecen la cobertura de las recetas médicas.

Plan Medicare de costo—Son un tipo de plan de salud de Medicare disponible en algunas zonas. En un plan de costo de Medicare, si obtiene servicios de rutina fuera del área de servicio del plan sin una referencia, sus servicios cubiertos por Medicare serán pagados por el Medicare Original (su plan de costo paga por los servicios de emergencia o por la atención urgente).

Plan Medicare de medicamentos recetados (Parte D)—Un plan individual que agrega la cobertura de las recetas médicas al Medicare Original, algunos planes privados de pago por servicio, planes de costo de Medicare o a los planes de cuenta de ahorros médicos de Medicare. Si usted tiene una póliza Medigap que no cubre sus recetas médicas, también puede agregar la cobertura de un plan Medicare de medicamentos recetados. Estos planes los ofrecen las compañías de seguro y otras compañías privadas aprobadas por Medicare. Los planes Medicare Advantage pueden ofrecer la cobertura de medicamentos y cumplen las mismas normas que los Planes de la Parte D.

Prima—El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan médico o de medicamentos por la cobertura.

Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE por su sigla en inglés)—Es un programa que combina los servicios médicos cubiertos por Medicare y Medicaid, así como la atención médica necesaria y servicios basados en las necesidades del paciente, según lo determine un equipo interdisciplinario. PACE atiende a los ancianos delicados de salud que necesitan los servicios que recibirían en un asilo para ancianos pero que son capaces de continuar viviendo en sus comunidades. PACE combina los servicios médicos, sociales, de cuidado a largo plazo y la cobertura de las recetas médicas.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP por su sigla en inglés)—Un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría y asistencia gratuita sobre el seguro, para los beneficiarios de Medicare.

Póliza Medigap—Un seguro suplementario a Medicare vendido por compañías de seguro privadas para completar las “faltas” en la cobertura del Medicare Original. Las pólizas de Medigap sólo funcionan con el Medicare Original.

Proveedor de la salud—Una persona u organización licenciada para brindar servicios médicos. Doctores, enfermeras y hospitales son algunos ejemplos.

Queja—Es la que usted presenta si no está conforme con los servicios del plan de salud de Medicare o del plan de recetas médicas de Medicare. Por ejemplo, usted puede presentar una queja si tiene inconvenientes cuando llama al plan, o si no está satisfecho con el modo en que ha sido tratado por el personal del plan. Sin embargo, si tiene una queja sobre una denegación del plan a cubrir un servicio, suministro o medicamento, puede apelar la decisión.

Reclamación—Un pedido de pago que le presenta a Medicare o a su otro seguro cuando recibe un servicios o artículo que usted piensa que está cubierto.

Resumen de Medicare (MSN)—Un aviso que usted recibe una vez que el médico presente una reclamación por los servicios cubiertos por las Parte A y B del Medicare Original. Le explica cuáles son los servicios por los que se presentó la reclamación, la cantidad aprobada por Medicare, cuánto pagó Medicare y cuánto tendrá que pagar usted.

Suplidor—Generalmente es la compañía, persona o agencia que le proporciona el servicio o artículo, excepto cuando usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada.

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS**

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto oficial
Penalidad por uso privado, \$300

CMS Producto No. 11525-S
Junio 2011



This booklet is available in English. To get a free copy, call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.